

Cómo cuidan y se cuidan las mujeres del Gran Buenos Aires

Liliana Findling, Silvia Mario y Laura Champalbert

Resumen

El cuidado de las personas cobró relevancia por las profundas transformaciones sociodemográficas acaecidas en las últimas décadas. Existen escasos trabajos sobre los posibles trastornos psicosociales que produce el cuidado de los familiares, tarea que es ejercida mayoritariamente por mujeres; y menos estudiadas aún están las consecuencias sobre la propia salud. ¿Cómo resuelven las familias la asistencia de sus miembros con problemas de salud? ¿Existen diferencias en las trayectorias del cuidado de sus familiares entre las mujeres de niveles medios y medio-bajos? ¿Cómo cuidan ellas mismas su salud? Estos son algunos de los interrogantes de este trabajo. El objetivo general es describir y comparar las trayectorias del cuidado de mujeres de diferentes niveles socioeconómicos que residen en el Gran Buenos Aires (GBA) hacia sus familiares dependientes y explorar cómo encararan el cuidado de su salud. Se analizan 19 entrevistas en profundidad a mujeres de estratos socioeconómicos medio-bajos y medio-medios que cuidan a algún familiar.

Palabras clave: cuidados, familias, implicaciones de cuidar a otros.

Summary

Care of people gained relevance by profound socio-demographic transformations in recent decades. In Argentina, there are few works on possible psycho-social disorders produced by women towards their family care and the consequences on their own health are still less studied. How resolve the families the care of its members with health problems? Are there differences in care trajectories between women of low and medium socio-economic levels? How care women who care for your own health? These are some of the questions of this work. The general aim is to describe and compare the trajectories of care to dependent persons by women from different socio-economic levels living in the Gran Buenos Aires (GBA) and explore how they face their own health care. 19 interviews in depth were conducted to women of lower and media socio-economic strata that care for any family member with health problems.

Keywords: cares, families, implications of caring for others.

Introducción

Una versión preliminar de este trabajo fue presentado en las VII Jornadas de Sociología de la Universidad Nacional de La Plata (UNLP) "Argentina en el escenario latinoamericano actual: debates desde las Ciencias Sociales". La Plata, 5, 6 y 7 de diciembre de 2012, organizadas por el Departamento de Sociología de la Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación de dicha universidad.

Liliana Findling es Doctora en Ciencias Sociales (UBA), Investigadora del Instituto de Investigaciones Gino Germani de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires (IGG-FSOC-UBA), Codirectora del equipo de investigación UBACYT (Proyecto UBACYT 2011-14: "Mujeres, cuidados, salud y familias en la Ciudad de Buenos Aires", Directora: Elsa Mabel López, IGG-FSOC-UBA). E-mail: lfindling@arnet.com.ar

Silvia Mario es Licenciada en Ciencias Políticas (UBA), Becaria del Ministerio de Economía con sede en el IGG e integrante del equipo de investigación UBACYT.

Laura Champalbert es Licenciada en Sociología (UBA), Asistente del equipo de investigación UBACYT.

La dinámica demográfica y el aumento de la esperanza de vida, las diversas formas de organización de las familias –con nuevas modalidades de uniones conyugales– y las reiteradas crisis económicas han transformado el funcionamiento de los hogares y las relaciones intergeneracionales. Estos cambios se han acompañado de una fecundidad relativamente baja y una edad más tardía a la maternidad, aspectos que, en su conjunto, han destacado el cuidado de niños/as y de adultos mayores como uno de los problemas al que se enfrentarán las políticas públicas en las próximas décadas;

a ello se suma el fenómeno conocido como envejecimiento dentro del envejecimiento, es decir la tercera edad cuidando a la cuarta (Bazo y Ancizu, 2004, p. 45; Roussel, 1995, p. 15; Findling *et al.*, 2013, p. 1).

La provisión de cuidados en la sociedad se organiza generalmente en torno a la familia, el mercado, el Estado y las organizaciones no gubernamentales (Razavi, 2007, p. 20), con efectos y consecuencias para los que acceden a los cuidados y para aquellos que se encargan de brindarlos.

En la década de 1990, se abrió un profundo debate en las sociedades occidentales sobre la organización de la provisión del bienestar. Una de las principales contribuciones provino de Esping Andersen (1993, p. 50), que distingue los regímenes de bienestar (liberal, corporativo y socialdemócrata) según quién asuma la carga principal de cuidado: el mercado, el Estado o las familias. Con respecto a estas últimas, debe tenerse en cuenta el concepto de familismo, que remite al modelo de los países mediterráneos, en el cual se observa una confianza permanente en la familia para la provisión de trabajo y servicios asistenciales, tanto en su solidaridad intergeneracional como en su estructura de género. Ahora bien, aunque se asume que las familias constituyen el marco relevante de la ayuda social y se parte del supuesto de que nunca fallan (Esping Andersen, 1993, p. 40), en la actualidad se observa un proceso de desfamiliarización (Martín Palomo, 2009, p. 11). El familismo lleva implícito un modelo de familia tradicional tanto por sus funciones como por su estructura: se trata de una familia que asume importantes tareas de provisión del bienestar entre las generaciones y presenta en su organización interna una fuerte división sexual del trabajo –al varón proveedor le corresponde el mundo público del trabajo asalariado en tanto que las mujeres se ubican en el espacio privado a cargo de las tareas domésticas y del cuidado (Flaquer, 2002, p. 14).

Sin dudas, la crisis del modelo de familia tradicional cuestiona las posibilidades de brindar cuidados y, en su interior, afecta particularmente a las mujeres como proveedoras de los mismos. A ello se agrega su incorporación y permanencia en el mercado de trabajo, que las lleva a asumir tanto responsabilidades productivas como reproductivas.

Para superar la orientación de la creciente individualización de la familia (Beck, 2006, p. 217), el concepto de familia-red (Martins, 2006a, p. 26) incorpora los aspectos simbólicos de los arreglos familiares y la dimensión política y cultural de las alianzas y los conflictos, subrayando el rol de las redes sociales y las nociones de reciprocidad, solidaridad, confianza y dádiva. Estas interacciones se desarrollan según la lógica que plantea Mauss de la dádiva o sistema del don, que permite visibilizar una forma de organización social caracterizada por la presencia de un sistema de intercambios recíprocos que se encuentra promovido por la acción de dar-recibir-retribuir determinados bienes que circulan en la vida social (Martins, 2006b, p. 2).

Un abordaje analítico para la exploración de la vida familiar permite diferenciar tres aspectos: 1) el afectivo, que comprende la dimensión emocional de las relaciones familiares; 2) el moral, que remite al sentido de lo bueno, lo justo y lo adecuado; y 3) el material, que se refiere a la oferta y al consumo de bienes y servicios dentro del hogar (Salazar Parreñas, 2001, p. 117). Esta distinción brinda la posibilidad de observar el modo en que estos aspectos se interrelacionan, ya que en muchas ocasiones el límite entre las tareas domésticas y las de cuidado es confuso. Además, esta tipología facilita el abordaje de cómo se produce la transmisión y negociación de los saberes y competencias sobre cuidados, así como la asunción de la responsabilidad moral de los mismos y del sentido que los sujetos sociales dan a sus prácticas.

La dedicación al cuidado no es pareja para todas las mujeres sino que varía de acuerdo con el momento del ciclo vital y la pertenencia social. Carrasquer *et al.* (1998, p. 96) distinguen dos ejes en el entramado del trabajo reproductivo: las tareas cotidianas frente a las extraordinarias y las tareas rígidas frente a las flexibles. Así, el núcleo duro del cuidado se ubicaría en el cruce de las tareas cotidianas y rígidas.

Algunas líneas de investigación han estudiado los costos invisibles de la enfermedad, relacionando el cuidado con la subjetividad, las lealtades de parentesco y las implicaciones personales, sobre todo aportando estimaciones del tiempo destinado a la atención de la salud de los miembros del hogar por parte de la población y de las instituciones del sistema de salud. Los estudios empíricos intentan analizar la complejidad del cuidado desde la mirada de los cuidadores, principalmente mujeres. Y describen diversos trastornos psicosociales derivados de tal carga de trabajo y el modo en que esta tarea afecta la vida de esa personas al disminuir su propio cuidado y reducir su vida social (Delicado Useros, 2003, p. 96; Durán Heras, 2002, p. 253; Julve Negro, 2006, p. 261).

A pesar de los avances recientes en el tratamiento de estos temas, aún quedan en la Argentina aspectos sin explorar, ya que la mayoría de las investigaciones se orientan principalmente hacia el cuidado infantil en particular o hacia el de los niños y adultos en general. Existen escasos trabajos que ahonden sobre las características de los cuidados de la salud que las mujeres brindan a sus familiares adultos, y han sido aún menos estudiadas las implicaciones que esa asistencia tiene para su propia salud.

Objetivos y metodología

El objetivo general de este artículo es describir y comparar las trayectorias de las mujeres de diferentes niveles socioeconómicos residentes en el Gran Buenos Aires (GBA) que cuidan

a familiares con problemas de salud y explorar cómo encaran los cuidados de su propia salud. Los objetivos específicos consisten en: a) describir los principales problemas de salud que afectan a los adultos mayores de 65 años o más del GBA (Ciudad de Buenos Aires y Partidos del Gran Buenos Aires); b) indagar y comparar con qué recursos afectivos, morales y materiales cuentan las mujeres de diferentes estratos socioeconómicos que cuidan a sus familiares dependientes; y c) explorar cómo encaran esas mujeres cuidadoras la atención de su propia salud.

La metodología contempló un diseño exploratorio y descriptivo, y se utilizaron fuentes de datos primarias y secundarias. Para el análisis de los problemas de salud de los adultos mayores, se procesó información de la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo de 2009 (ENFR 2009), cuyo objetivo fue conocer la distribución de los factores de riesgo y su prevalencia en la población de 18 años y más. La ENFR 2009 es un estudio de prevalencia o corte transversal que forma parte del Sistema de Vigilancia de Enfermedades No Transmisibles. Fue realizada conjuntamente por la Dirección de Promoción de la Salud y Control de Enfermedades No Transmisibles del Ministerio de Salud de la Nación, el área de Encuestas Especiales del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC) y la Secretaría de Deportes de la Nación. Los principales temas incluidos en el cuestionario fueron: datos sociodemográficos y características de la vivienda; accesibilidad y cobertura de salud; salud general; alimentación; consumo de tabaco y alcohol; factores de riesgo, como diabetes, colesterol, presión arterial, y medidas preventivas.¹

¹ La muestra de la ENFR 2009 contempló viviendas de ciudades de más de 5.000 habitantes, que representan cerca del 90% de la población del país. El diseño muestral fue probabilístico, estratificado por conglomerados y multietápico. La selección de los participantes se realizó en cuatro etapas: en la primera, se seleccionaron departamentos o partidos por probabilidad proporcional al tamaño; en la segunda, radios censales o conjuntos de radios censales contiguos por muestreo aleatorio simple; en la tercera, viviendas y hogares por muestreo sistemático; y en la cuarta, se seleccionó a los encuestados (población de 18 años y más, uno por hogar) por muestreo aleatorio simple.

A fin de indagar las trayectorias de las mujeres frente al cuidado mediante fuentes primarias, se aplicó la técnica de entrevista en profundidad, que contempló la elaboración de una guía de pautas con preguntas abiertas. Como aproximación al tema de estudio y mediante una muestra no probabilística de tipo intencional, se entrevistó a 19 mujeres de 30 años o más de estratos socioeconómicos medio-bajos (9) y medio-medios (10), que viven en la zona del GBA y que en los últimos dos años hubieran cuidado por problemas de salud a algún adulto de su familia durante un tiempo prolongado. El nivel socioeconómico tuvo en cuenta el grado de instrucción de la entrevistada y el tipo de ocupación. Las entrevistas se realizaron en el domicilio de las mujeres y se efectuaron desde septiembre de 2011 hasta mayo de 2012.

Se analizaron las siguientes dimensiones: organización del cuidado a familiares; aspectos requeridos para el cuidado; existencia de redes (otros familiares y cuidadoras); aspectos positivos y negativos del cuidado a familiares; y cuidado de la propia salud. Las entrevistas fueron grabadas con el consentimiento de las entrevistadas y desgrabadas en su totalidad. El análisis de los datos tuvo en cuenta la construcción de categorías interpretativas para identificar los ejes predominantes del discurso a través del procesador cualitativo AtlasTi.

Principales problemas de salud de los adultos mayores

Para comprender los alcances de las tareas del cuidado de familiares, se hace necesario contar con un panorama de las principales dificultades que aquejan a las personas de 65 años o más residentes en el GBA. Se analizó la Base Usuario de la ENFR 2009, utilizando el procesador de datos SPSS. Se seleccionó a la subpoblación de personas de 65 años y más que residen en el GBA (Ciudad de Buenos Aires y Partidos del Gran Buenos Aires)

y que representa el 15,6% de la muestra (en números absolutos, 1.387.300 personas). Se realizaron análisis bivariados de algunas características sociodemográficas e indicadores de acceso y cobertura de salud, percepción de salud y problemas de movilidad.

El procesamiento de datos permitió observar que la población bajo estudio es mayoritariamente femenina (58% de mujeres contra 42% de varones), situación que refleja la longevidad diferencial de las mujeres más notoria en la población de mayor edad. La distribución por edad muestra que el 60% tiene de 65 a 74 años, un tercio de 75 a 84 años y el 7% restante supera los 85 años. El tipo de hogar en el que residen esas personas indica que el 20% lo hace en unidades unipersonales (viven solas), mientras que el 34% habita con su pareja sin la presencia de hijos u otros miembros en el hogar, lo cual significa que más de la mitad de las personas mayores vive en hogares sin otros apoyos que los propios o los de sus parejas. El resto de los adultos reside en hogares conyugales completos con hijos y/u otras personas, en hogares conyugales incompletos con o sin otras personas o en hogares multipersonales no conyugales (Cuadro 1).

Cuadro 1

Población de 65 años y más según características seleccionadas (en porcentajes). Gran Buenos Aires. Año 2009

Características	Población de 65 años y más (%)
Sexo	
Varón	41,8
Mujer	58,2
Grupo de edad	
65-74	59,9
75-84	33,2
85 y más	6,9
Tipo de hogar en el que vive	
Unipersonal	20,3
Conyugal completo de pareja sola	33,5
Conyugal completo con hijos y/u otras personas	26,5
Conyugal incompleto con o sin otras personas	11,9
Multipersonal no conyugal	7,8
N	1.387.299

Fuente: Elaboración propia sobre datos de la ENFER.

Cuadro 2

Población de 65 años y más según características seleccionadas, por cobertura de salud (en porcentajes). Gran Buenos Aires. Año 2009

Características	Cobertura de salud		
	Privada	Obra Social	Solo pública
Sexo			
Varón	13,4	77,6	9,1
Mujer	15,5	78,2	6,3
Grupos de edad			
65-74	15,7	74,4	9,9
75-84	12,6	83,2	4,1
85 y más	14,4	83,1	2,5
Situación conyugal			
Unido/a	10,6	83,8	5,6
Casado/a	17,2	77,2	5,6
Separado/a	7,2	74,1	18,7
Divorciado/a	10,2	85,5	4,3
Viudo/a	13,1	78,8	8,1
Soltero/a	11,4	72,2	16,5
Tipo de hogar			
Unipersonal	18,3	77,3	4,3
Conyugal completo de pareja sola	17,3	79,2	3,5
Conyugal completo con hijos y/o con otras personas	13,9	74,7	11,4
Conyugal incompleto con o sin otras personas	7,6	79,7	12,7
Multipersonal no conyugal	6,5	82,3	11,2
Total	14,6	77,9	7,4

Fuente: Elaboración propia sobre datos de la ENFR

Dado que se trata de personas con cobertura previsional, es esperable que una amplia mayoría disponga de cobertura de salud a través de Obra Social (77,9%) o de servicios privados/empresas de medicina prepaga (14,6%). Los que solo están cubiertos por el sistema público (7,4%) son especialmente personas separadas, solteros/as y aquellos que no viven en hogares unipersonales o conyugales completos de pareja solamente (Cuadro 2).

Al indagar sobre problemas de movilidad física, el 32,4% de las personas de 65 años y más

manifestó tenerlos; no se observaron diferencias acentuadas por sexo pero sí por edad (los porcentajes aumentan del 24% en las personas de 65 a 74 años al 60% en las de 85 años o más) y entre los encuestados con bajos ingresos (Cuadro 3).

Las dificultades para el aseo personal no son pronunciadas, ya que alcanzan al 6% de la población encuestada. Esta cifra crece en las mujeres y en las personas de ambos sexos a medida que aumenta la edad (pasa del 4% al 20%) así como en los que tienen bajos niveles de ingreso.

Cuadro 3

Población de 65 años y más según características sociodemográficas seleccionadas, por problemas de salud (en porcentajes). Gran Buenos Aires. Año 2009

Características sociodemográficas	Tiene problemas de movilidad	Tiene dificultades para lavarse o vestirse solo	Tiene problemas para realizar actividades cotidianas
Sexo			
Varón	31,1	3,3	14,4
Mujer	33,2	7,8	22,3
Grupos de edad			
65-74	24,1	4,4	16,5
75-84	41,5	5,8	21,6
85 y más	60,3	19,5	28,9
Estrato de ingreso en pesos (corrientes de 2009)			
1 a 1.750	40,6	9,1	25,2
1.751 a 4.000	26,2	3,1	17,9
4.001 y más	24,2	0,6	6,6
Ns/Nc	28,1	6,1	12,4
Total	32,4	5,9	19,0

Fuente: Elaboración propia sobre datos de la ENFR.

Los problemas relativos a las actividades cotidianas muestran que casi una de cada cinco personas mayores los padece (19%), que son visiblemente más frecuentes en las mujeres y que se incrementan con la edad y entre aquellos que perciben bajos niveles de ingreso (Cuadro 3).

La consulta al médico y la sensación de malestar o de problemas de salud referidos a los 30 días anteriores a la Encuesta indican que las mujeres consultaron más que los varones (66% contra 55%); también declaran en mayor medida que los varones sentir malestares o dolores (40% contra 22%) (Cuadro 4).

Resulta oportuno destacar que el 46% de los encuestados vive en hogares en los cuales hay, al menos, una persona discapacitada.

Para conocer el estado de salud de las personas se utiliza en muchos estudios la percepción del bienestar o malestar físico como un indicador válido que está poco condicionado por

las interpretaciones médicas de los síntomas, sintetiza el balance entre el estado físico y el mental y resulta un buen predictor de la mortalidad (Rohlf, Borrell y Fonseca, 2000, p. 65). Los resultados de encuestas realizadas en el Gran Buenos Aires (III Encuesta de Utilización y Gastos en Servicios de Salud 2010 –a cargo de la Dirección de Estadísticas e Información de Salud del Ministerio de Salud de la Nación y del Instituto de Investigaciones Gino Germani de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires–, así como la Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento –SABE, 2000–, financiada por la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud) muestran que las mujeres son las que peor califican su estado de salud, ya que están más habituadas a manifestarlo debido al mayor contacto con los servicios médicos a raíz de sus experiencias reproductivas. Además, se detecta que las personas más jóvenes consideran más favorablemente su estado de salud en comparación con los de mayor edad.

Cuadro 4

Población de 65 años y más según características seleccionadas, por consultas al médico y problemas de salud en los últimos 30 días (en porcentajes). Gran Buenos Aires. Año 2009

Características	Consulta al médico en los últimos 30 días	Malestar o problema de salud en los últimos 30 días
Sexo		
Varón	54,7	21,9
Mujer	65,8	39,9
Grupos de edad		
65-74	57,1	35,4
75-84	68,9	22,0
85 y más	59,0	29,0
Estrato de ingreso en pesos (corrientes de 2009)		
1 a 1.750	57,9	33,0
1.751 a 4.000	67,2	19,5
4.001 y más	66,1	51,4
Ns/Nc	56,5	32,9
Total	61,2	31,3

Fuente: Elaboración propia sobre datos de la ENFR.

Según los resultados de la ENFR 2009, ¿cómo perciben los encuestados su estado de salud? Los que piensan que es regular o malo suman el 37% de los varones y el 42% de las mujeres, aumentando esa sensación negativa a medida que avanza la edad. La misma situación se advierte en la percepción de algún tipo de dolor o malestar (62% de las mujeres contra 44% de los varones), que también crece con la edad. La depresión es mayor en las mujeres que en los varones (32% contra 20%, respectivamente) y pareciera ser mayor entre los 65 y los 74 años, para disminuir entre los 75 y los 84 años y volver a elevarse después de los 85 años; aumenta especialmente entre las personas divorciadas/os o separadas/os (Cuadro 5).

A modo de resumen, se advierte que los adultos mayores muestran ciertas dificultades de movilidad, atraviesan problemas para desenvolverse en la vida cotidiana, padecen malestares o dolores y sufren de depresión, inconvenientes que se agudizan a medida que aumenta la edad y son más notorios en las mujeres. El deterioro gradual físico y mental que acompaña al proceso de envejecimiento planteará un creciente desafío al potenciar la demanda de los servicios sanitarios. Además, dado que los trastornos de salud característicos de la edad avanzada se tornan cada vez más crónicos y progresivos, esta demanda acarrea un aumento excesivo de los costos de la asistencia de los servicios de salud (Albala *et al.*, 2005, p. 308).

Cuadro 5

Población de 65 años y más según características seleccionadas, por tipo de problema de salud (en porcentajes). Gran Buenos Aires. Año 2009

Características	En hogares donde hay al menos una persona discapacitada	Estado de salud general, regular o malo	Siente algún tipo de dolor/malestar	Experimenta ansiedad/depresión
Sexo				
Varón	42,3	37,4	44,4	19,8
Mujer	48,2	41,9	61,6	31,7
Grupos de edad				
65-74	41,3	38,4	51,5	28,5
75-84	50,4	42,7	56,9	23,4
85 y más	61,6	41,7	67,5	28,3
Situación conyugal				
Unido/a /Casado/a	46,0	42,5	50,3	29,1
Separado/a	46,6	36,1	50,0	51,6
Divorciado/a	37,7	31,7	62,9	37,0
Viudo/a	47,0	37,4	55,2	26,9
Soltero/a	40,0	46,3	55,3	25,2
Total	45,8	40,0	54,4	26,7

Fuente: Elaboración propia sobre datos de la ENFR.

Sobre cuidadoras y asistidos

Las entrevistadas se han hecho cargo del cuidado de familiares directos: de sus madres, en la mayoría de los casos; de una hija discapacitada; del marido; o de quienes han hecho las veces de abuelo o abuela, cuyas capacidades han disminuido por la edad o por enfermedades. El promedio de edad de los adultos asistidos es de 80,7 años y el de las cuidadoras de 54 años (las mujeres de niveles medio-bajos son algo más jóvenes que las de los sectores medios, y sus asistidos tienen menos edad).

El nivel educativo alcanzado por las cuidadoras de niveles medio-bajos no supera el secundario, en la mayoría de los casos incompleto. Viven en el Conurbano Bonaerense y trabajan en tareas administrativas, en el servicio doméstico o en cooperativas; algunas cosen o preparan comida en sus casas, con un mayor o menor grado de formalidad en sus actividades, en tanto que

las de cierta edad están jubiladas. Todas son “cuidadoras principales”, entendiendo por tales a las personas sobre las cuales recae la mayor responsabilidad de la asistencia (Delicado Useros, 2003, p. 211). La mayoría de las mujeres (excepto dos que residen muy cerca del familiar) comparte la vivienda con las personas a su cargo y convive con su grupo familiar –marido, hijos y nietos o miembros colaterales: hermanos y/o sobrinos–. La proximidad de los domicilios de otros parientes –tías, sobrinas, hermanos y cuñados– favorece el apoyo de “cuidadores subsidiarios”, quienes ayudan a las que ocupan el rol principal.

Las entrevistadas de niveles medios tienen un nivel educativo elevado (la mayoría completó estudios universitarios) y se desempeñan en alguna actividad laboral relacionada con su profesión o están jubiladas. Solo tres de las entrevistadas residen con sus familiares dependientes y, de las que no conviven, dos mujeres han decidido institucionalizar a sus parientes.

Casi todas las personas asistidas –independientemente de su nivel socioeconómico– aportan su jubilación o pensión a la economía del hogar y cuentan con Obra Social de PAMI (14), PROFE (2) o IOMA (2). Solo dos familiares provenientes de estratos medios poseen cobertura médica a través de empresas de medicina prepaga: uno, de menos de 65 años y de sectores medios, está cubierto por una prepaga (OSDE); y el otro, también de estos sectores, mantiene una doble cobertura (Medicus y PAMI) (véase la matriz en el Anexo).

Los modos del cuidado hacia otros

Recursos afectivos y morales para el cuidado de familiares dependientes

Casi todas las mujeres destacan el cariño y el apego que las lleva a desempeñarse como cuidadoras: “Es mi pariente y lo quiero; no es cualquier persona; es como si fuese mi abuelo”, “Me sorprende de las cosas que hago con amor...”, como si las prácticas de cuidado que realizan superaran sus propias expectativas respecto de lo que es posible hacer por los demás. En las respuestas de las entrevistadas de sectores medio-bajos se entremezclan y se confunden, con mayor vehemencia, el afecto, los lazos de sangre y el deber. Como si fuera obvio, dicen: “[...] porque es mi familia, y mi obligación es ayudar a mi mamá...; [...] no tenés tiempo, pero, si tenés alguien que querés, pasa todo por el corazón...”, explica Élidea; y Clelia expresa: “Porque me parece que es mi deber, como soy su hija”.

En muchos casos, este sentimiento está ligado a una idea de reciprocidad. Muchas entrevistadas, cualquiera sea su nivel socioeconómico, refieren que se trata de un intercambio con la persona cuidada en el que se brinda algo a cambio de lo que se recibió anteriormente (Findling *et al.*, 2012). Así, Celia, quien fue adoptada, afirma: “Es como mi mamá, me crió de chica; porque, por más que tengas ocupaciones, vos te tenés que

ocupar de la persona que siempre te brindó amor, no la podés dejar abandonada”. Por su parte, Ana María expresa algo similar: “Me dedico a ella, la cuido; no hago ni más que lo que hicieron ellos [sus padres] cuando uno era chica”; y Graciela confirma: “Yo estoy demostrando lealtad a una persona que me dio la vida”.

La premisa que atraviesa en forma casi unánime todas las respuestas de las entrevistadas de sectores medio-bajos es que la familia debe hacerse cargo de los miembros enfermos, discapacitados o que han perdido su autonomía por envejecimiento, señal que se emite, en algún caso, como un mensaje para la propia descendencia. Así, Élidea comenta jocosamente: “Porque yo digo, el otro día estaba con mi marido cocinando y le digo: ‘¿no será que cuando yo venga vieja me van a encerrar?’ [risas]. Viste, pensando eso [...] a mi hija le hice esa pregunta”.

En el caso de las entrevistadas de sectores medios, además del componente afectivo, el intercambio generacional también permite entrever un mandato cultural hacia el cuidado de los mayores por parte de sus hijos (López *et al.*, 2012, p. 141). Marité lo explicita al hablar del agradecimiento que recibe por parte de sus tíos por cuidar a su madre: “Es un reconocimiento que incluye la presión, digamos. ‘Qué bien que lo hace’, pero, a la vez, ellos piensan que es lo que debo hacer. Pero bueno, está bien. Uno sabe que es así. Los queremos”. La retribución que las entrevistadas obtienen por esos cuidados proviene del reconocimiento de sus parientes, aun cuando sienten ciertas deudas con ellas mismas cuando postergan actividades personales en pos de cuidar a otros: “Yo no soy una hija abandonadora [...] y mi papá dice que trabajo mucho por la familia” (Laura).

En las respuestas, en general, se advierte una jerarquía de obligaciones entre los miembros que componen la “familia” que remite al sexo y al estado civil: entre esposos con hijos,

el deber recae primero en la esposa –“Como me corresponde, me parece [...], y porque fui la esposa durante cincuenta años”, asevera Carola–; cuando hay hijos varones y mujeres, la cuidadora principal es la hija mujer –“Nos repartimos con mi hermano que vive ahí. Yo la baño, limpio su casa, la atiendo [...] mi hermano se encarga de cobrarle el sueldo y de pagar los impuestos”, expresa Clelia–; cuando hay más de una hija, es tarea de la que no tiene pareja, es decir, parece sobrentendido que el familiar queda a cargo de la que no se “casa” –“Y después se fue dando el tema de cuidarla [a la madre]; se quedó sola; mis hermanas se casaron; mi papá falleció [...] yo me fui quedando y sin darme cuenta... cuando me di cuenta ya estaba allí” (Rita); y, con algo de rencor, corrobora Mercedes: “[...] porque yo me quedé soltera [...] y ¡sonaste, Mercedes!”

Estas obligaciones de índole moral, tácitas pero compartidas, sostienen el accionar de la cuidadora, que puede llegar a visualizarlo con cierta naturalidad: Ana María, quien siempre vivió junto a sus padres, comenta por qué está cuidando a su madre de 98 años: “Yo me quedé en mi casa y seguí en mi casa, pero nadie resolvió que yo me quedara a cuidarlos. Sí. A lo mejor de *motu proprio* me hice cargo yo siempre de ellos”. Y Fabiana relata: “Se dio naturalmente, porque aparte yo soy la que más cerca estoy de la familia; entonces, siempre cualquier cosa que necesitaba... O mismo para ponerme de apoderada para la jubilación; como yo estoy cerca me puso a mí”. No se trata de una decisión deliberada o consciente sino de que el deterioro de la salud de sus familiares las conduce hacia la lógica del cuidado y cómo resolverlo.

El rechazo a la internación en un geriátrico se justifica también en el afecto que pueden brindarles en el hogar, perspectiva que comparten las entrevistadas de ambos niveles sociales independientemente de sus posibilidades económicas. Pero las que han recurrido a estas instituciones –de sectores medios– resaltan

las condiciones del personal: “Son personas absolutamente dedicadas con amor a la profesión”. Así, el cuidado asume las características de una labor que depende de lo relacional, ya que supone atención, preocupación y una alta implicación personal (Martín Palomo, 2009).

Estos aspectos aparecen expresados con gran fuerza emotiva en las respuestas de las entrevistadas de sectores medio-bajos; como manifiesta Celia: “[...] me muero de pena yo si la tengo que poner [a su mamá] en un geriátrico, únicamente si yo no la pudiera atender, si no, no”. El afecto y la obligación de cuidar en forma personal al ser querido salen a relucir nuevamente en la voz de estas mujeres para quienes su propia fortaleza parece ser el límite: “Si me viera obligada, no sé [...] Ya te dije, es como si fuera mi madre o mi abuela. Creo que lucharía hasta donde yo pudiera hacer por ella” dice Clarisa; y en la misma sintonía afirma Carola: “No lo llevaría [al marido] mientras yo tenga salud... porque no lo siento. [...] estoy para cuidarlo. [...] tendría que estar enferma, perdida. [...] pondría una persona que me ayudara”. Y Mercedes abarca en su respuesta a sus familiares directos: “No, yo no la llevaría [a su mamá]. Haríamos todo lo posible nosotras... y, porque somos tantas, yo pediría ayuda a mi sobrina, a alguien que me ayude”.

Algunas conocen instituciones y no ignoran que su carga de trabajo sería más ligera, pero interpretan que sus familiares no estarían a gusto: “Ventajas para mí, porque estaría más aliviada, pero para mi mamá no sería ninguna ventaja” (Clelia). “Yo conozco muchas instituciones y para mí es todo desventaja. [...] por los cuidados, no es lo mismo cuidar a veinte personas mayores que a una” (Rita). “Me parece que si yo no voy a asistirle [a su abuela] no a va a estar bien” (Clarisa).

Hay que destacar que el cuidado, si bien implica sacrificio y devoción, otorga un sentido a la vida de las entrevistadas. Los recursos simbólicos

sobresalen cuando se indaga qué hace falta para cuidar a alguien: así, aparecen conceptos tales como paciencia, voluntad, ganas, sacrificio, afecto, generosidad y el interés por el otro: “[...] Si no tenés la vocación, el amor de hacerlo, no lo podés hacer [...]; únicamente puede ejercer esa función quien sea una buena samaritana... una buena persona” (Élida). Asimismo, aparecen la rectitud y la culpa: “Tengo una cosa moral mía; la cuido, pero los domingos lo debo hacer porque es el día de la familia... siento un peso, una cosa ética” (Noemí). Casi todas las entrevistadas han recurrido al término “paciencia” cuando tratan de explicar qué características debería reunir alguien para atender a otro. Lo aplican como rasgo de carácter o aptitud para sostener una relación con el asistido que no siempre es fácil. Como dice Clelia, entrevistada de nivel medio-bajo: “Yo con mi mamá tengo que tener mucha paciencia. Sí, porque se encapricha o porque hace cosas que no puede y se pone mal”, coincidiendo con Ana María, de sectores medios, quien afirma: “Es todo el día que estamos juntas; ¿que nos peleamos?, por supuesto, nos puteamos”. Y asoma la idea de comparar el cuidado de un familiar dependiente con el de los niños pequeños: “Pero a mí no me da trabajo, más que nada me cansa [...] Yo la baño, como una criatura; va caminando despacito, le saco la ropa, la baño como a un bebé” (Clarisa). Si bien algunas tareas descriptas por Clarisa son similares a las que realizan las mujeres con hijos pequeños, la carga moral provoca más angustia y dolor por cuidar a un familiar en los últimos tramos de su vida.

Entre las entrevistadas de niveles medio-bajos se perfila –como apoyo y sostén– la pertenencia a algún grupo espiritual y/o la creencia en Dios como fuente de energía, socorro y dador de sentido al papel que les toca desempeñar en circunstancias adversas. Algunas recurren a iglesias institucionalizadas: “Tengo algunas convicciones religiosas. [...] Yo soy Testigo de Jehová”, dice Graciela, mientras que Telma cuenta cómo

los domingos va a misa con su hija discapacitada –también fue a ver al padre Ignacio “que está para el lado de Córdoba”–. En otros casos, la mención a Dios circula o se filtra entre las respuestas: “Le doy gracias a Dios porque me da fuerza todos los días para hacer mi trabajo, sino ¿qué haríamos? [...] pero Dios, de arriba, nos da salud, fortaleza...” (Élida); “He llorado muchísimo. Pero, gracias a Dios, me defiendo. [...] mientras Dios me dé salud [...] Gracias a Dios, nos arreglamos con la jubilación [...] y creo que tengo que atenderlo hasta que Dios diga” (Carola); “Dios no me mandará más de lo que no puedo solucionar [...] por eso no hago más que pedirle a Dios que no me quite las fuerzas que tengo todavía” (Telma).

Recursos materiales de la organización para el cuidado de familiares

Cuidar significa enfrentar un sinfín de peligros potenciales y constituye una vigilia permanente. Cuidar remite, asimismo, a una manera de encarar una acción poniendo diligencia, atención y solicitud en su ejecución (Borgeaud-Garciandía, 2012, p. 338). En este sentido, Gloria, que vive con su madre y la cuida, afirma que “uno tiene un estado de alerta permanente y vibrás en tres frecuencias distintas”, ya que, por más que se delegue, “nunca te olvidás”, se trata de una preocupación constante, incluso cuando no se está cuidando. Gloria reconoce que muchas de las tareas de cuidado las realiza de modo “automático”, en sintonía con lo que sucede con algunos quehaceres domésticos que deben repetirse cotidianamente y no pueden suspenderse ni postergarse (Segalen, 2006, p. 238).

El cuidado de familiares cercanos forma parte de la vida diaria de las entrevistadas. Aquellas que cohabitan con quien padece problemas de salud le dedican muchas más horas, aunque residir en casas diferentes no las exime de los esfuerzos cotidianos y organizativos que implica asumir esta responsabilidad.

Las mujeres de niveles medios –que, en su mayoría, no conviven con las personas a su cargo– realizan diversas tareas: administración de ingresos y mantenimiento del hogar del asistido –cobro de jubilaciones o pensiones, aportes financieros, pagos de servicios–, acompañamiento y trámites médicos, supervisión de quehaceres domésticos y atención directa en determinados momentos, especialmente durante los fines de semana. Se hicieron expertas en la organización del cuidado de sus familiares. Resulta difícil cuantificar las horas que ello les insume: “Por más que no viva con mi mamá, le dedico 20 horas ¿serán? La tenés todo el tiempo en tu cabeza” dice Noemí; y Patricia agrega: “Mentalmente las 24 horas del día; al tenerla tan cerca, por ahí voy tres veces en el día, y más sábados y domingos”.

En la gran mayoría de los hogares de niveles medio-bajos, la persona asistida forma parte del grupo familiar de la cuidadora y, muchas veces, la convivencia se remonta a un período anterior a la situación de discapacidad o dependencia actual. Estas entrevistadas reparten su tiempo entre la atención al adulto dependiente, las tareas de un hogar numeroso que abarca miembros de distintas generaciones y el trabajo remunerado fuera o dentro de la casa en actividades que también se relacionan con el ámbito doméstico.

El contar o no con cuidadores pagos diferencia marcadamente a las entrevistadas de niveles medio-bajos de las de nivel medio. Este tipo de ayuda es muy limitada entre las primeras: una empleada atiende durante el día al tío abuelo de Fabiana –que permanece en su casa–; y Carola –que cuida a su esposo enfermo– cuenta cada quince días con la colaboración de una señora para las tareas más pesadas del hogar. La imposibilidad económica para pagar este tipo de servicio surge claramente: Graciela –cuya madre permanece sola gran parte del día– aclara que recurrir a una cuidadora

paga “...no podríamos hacerlo económicamente”, y Clarisa agrega “porque no me alcanza la plata; ¿con qué pago si contrato a alguien?” Por otra parte, entre los familiares dependientes aparece una resistencia a ser atendidos por personas ajenas a la familia. Clelia, cuya madre es enteramente dependiente, explica: “Porque ella es muy especial, no quiere a nadie... no quiso nunca a nadie extraño que vaya a la casa”. En términos similares, Mercedes cuenta que a su mamá “no le gusta que vaya alguien a mi casa...”, sus hijas y nadie más”; y, cuando su hermana le propone la ayuda de una empleada doméstica, le contesta: “Pero ‘mamá tiene un carácter medio medio’, le digo, ¡No! ¡Pobre chica!”.

El panorama es otro entre las entrevistadas pertenecientes a niveles medios que, en su mayoría, contratan personal remunerado y tienen diferentes arreglos por horas, días o semanas. La mayor disponibilidad de dinero permite estos acuerdos. Noemí, por ejemplo, no va todos los días a la casa de su madre: “Con mi físico estoy como más descansada en estos últimos años que esta persona vive con mi mamá; pero estoy atenta siempre, porque la tenés todo el tiempo en tu cabeza”. La búsqueda de apoyo externo es compleja, como indican los frecuentes cambios de cuidadoras pagas por dificultades en la relación con el adulto dependiente y por la rotación propia del personal; para obtener reemplazos se recurre a contactos de conocidos e instituciones médicas.

En ocasiones el pago de una cuidadora es solventado por aportes del propio familiar dependiente, por las cuidadoras principales y/o secundarias y otros familiares. Esta modalidad no exime de la presencia de cuidadoras subsidiarias, que se encargan de cubrir los horarios vacantes de los demás miembros de la red con enormes esfuerzos: “Ahora” –dice Carmen, que cuida a su mamá– “desde las 6.30 hasta las 9

todos los días, y a la tarde estoy una hora, para que mi hermana venga un poco más tranquila del trabajo”.

En cuanto a las redes de apoyo, se observan diferencias no tan acentuadas según el estrato social. Así, entre las mujeres de niveles medio-bajos, las personas asistidas forman parte de familias extensas, el contacto es mantenido con asiduidad –favorecido por la cercanía domiciliaria– y se conservan lazos solidarios con las familias de origen. Estas cuidadoras no dudan en recurrir a sus parientes para que las secunden en determinadas tareas que se hacen habituales a lo largo del tiempo: “Mi hermano... me acompaña cuando la tengo que llevar al médico... me ayuda” (Clelia). En general, confían en que sus allegados van a acudir bien predispuestos cuando la situación lo exija; así se desprende del relato de Telma: “No tienen problemas de llevarla [a la hija discapacitada], de cuidarla, de atenderla, toda la familia, tanto los nietos como los hijos, los yernos..., ponen amor [...]. Cuando los necesitamos, todos están”. No obstante, algunas, con tono de reproche, comentan que deben explicitar el pedido de ayuda: “Si no lo pido no vienen a ayudarme [...] Yo pido un poco a cada uno, porque a veces me ayudan mis hermanos, a veces mi cuñada, a veces mis amigos, en materia de llevarla al médico, de venir a visitarla, de sacarla; los fines de semana la llevan a su casa” (Rita).

Las entrevistadas de niveles medios también manifiestan que los miembros de la familia (hermanos, maridos, hijos o nietos) intentan colaborar en el cuidado, pero solo en tareas puntuales, y están más presentes como reemplazantes eventuales de la cuidadora principal. Según los testimonios, aparecen en ciertos casos algo distantes casi como “satélites”, y esta red interviene en mayor medida en los momentos recreativos. Muy pocas cuentan con amigas y/o

vecinas. Estas ayudas no siempre son suficientes y, en algún caso, provocan situaciones conflictivas: “Somos seis hermanos, pero solo cuento con dos que colaboran. Otros viven afuera y el restante siempre tiene algún problema familiar” (Patricia). Y Gloria, que convive con su mamá, relata que su hermano paga a una cuidadora profesional para reemplazarlo en su rol los fines de semana que le toca hacerse cargo. En cambio, Ana María justifica a su hermana por no ayudarla dado que, a su vez, cuida a su marido enfermo.

Los modos del cuidado hacia sí mismas

Las dimensiones para analizar la atención que las cuidadoras prestan a su propia salud apuntan a conocer el ejercicio de las prácticas preventivas clínicas y ginecológicas y la aparición de malestares a partir –o durante– la tarea de cuidado de otra persona. Se indagó también sobre actividades específicas que hacen al mantenimiento del bienestar corporal y mental –como las caminatas o reuniones con amigos– que demandan un tiempo extra y personal en beneficio de las cuidadoras.

Clarisa podría ser el vocero de la mayoría de las entrevistadas de niveles medio-bajos cuando responde, medio en broma, esta pregunta: “¿Cómo me cuido? [se ríe]. Cuando siento que me duele algo, corro al médico”. El malestar físico dispara la consulta clínica: “[...] estoy descompuesta, me voy para el hospital” (Telma); “[...] parecía que tenía infección en los riñones y, bueno, me hicieron estudios...” (Clelia).

El motivo para considerar la propia salud como objeto de cuidado se vincula a la posibilidad de continuar desempeñando con eficacia el rol de cuidadora: el mal estado de la salud equivale a alterar o poner en peligro al familiar asistido. Al respecto, Mercedes explica: “Fui de última [al médico] porque digo ‘bueno, si me enfermo yo, ¿quién se queda

con esta mujer?’ [su madre]. Entonces, empecé a tratarme... y ahora... me hago controlar”.

Muchas veces, la cuidadora hace la consulta médica aprovechando la oportunidad y el tiempo de contacto que mantienen los profesionales con las personas de las que se hacen cargo. Clarisa, por ejemplo, atiende su dolor de rodilla con el traumatólogo “... que conocí del Hospital Francés cuando la llevé [a su abuela]”; y Rita, aquejada de una dolencia del estómago, le pide análisis al “médico de cabecera de mi mamá que me dio la orden [sin revisarla]”. Les cuesta disponer de tiempo exclusivamente para ellas en un contexto familiar que las demanda en forma continua: “Me hizo una placa; dijo [el médico] que dentro de quince días vuelva; y no pude ir por esto de mi mamá [...] y ahora con lo de mi nuera, ¿qué voy a ir? Tengo que quedarme con los nenes, tengo que apoyarla” (Élida).

En general, estas mujeres reconocen que no prestan atención a su salud; se someten a estudios, exámenes y controles, incluso los ginecológicos, en el marco de algún tratamiento originado por una afección puntual y concreta. La actitud displicente hacia el propio cuidado se hace notoria entre las de más edad: “Yo soy medio haragana para ir al médico... no soy de estar pendiente del doctor, de hacerme chequeos generales... yo para él [esposo] corro enseguida, en cambio para mí me dejo estar” (Carola, 74 años); “Soy una persona muy descuidada con eso” (Rita, 45 años). Entre las más jóvenes es posible detectar una cierta conciencia de los beneficios que reportan los controles preventivos: “Me preocupo, hago más que preocuparme... voy a los médicos, tengo que ir” (Fabiana, 35 años); “El hecho de que mi mamá tenga presión ocular hace que cada seis meses tengamos que hacernos ver los ojos nosotros. Y tratamos de cumplir; [...] pero, igual, después de los 35 años ya es una edad que tengo que medir mi presión, el colesterol...” (Graciela, 37 años).

¿Cómo califican su estado de salud? Con realismo, ninguna asegura que sea excelente: “Diría que buena. Muy buena no” (Clarisa); “Buena, al no consultar hace tanto tiempo al médico... O sea, yo me siento bien; de ahí a que tenga buena salud, no” (Rita). Mercedes estima su salud “...regular, regular... porque me tengo que tratar, eh...”; y Carola expresa: “Mal, por los huesos no soy dueña de hacer muchas cosas, no me puedo agachar [...] las manos no me dan ni para destapar una gaseosa”; aunque, con optimismo, concluye “pero bien...”. La salud mental en cambio es evaluada en mejores términos: “Creo que bien [risas]; no noto nada raro. [...]. Remedios no tomo ninguno, por ahora” (Clelia). En un solo caso se menciona la intervención de un profesional psicólogo: “Los médicos me dijeron que eso era por el dolor del alma [había muerto una hija de corta edad]. [...] yo después trabajé con una psicóloga [...] fue el único momento que estuve mal” (Clarisa).

Este grupo de mujeres ha padecido –y padece– diversas patologías y dolencias que soportan a través del tiempo: “Me sacaron un nódulo mamario benigno, hace cuatro, cinco años. [...] También tuve, años atrás, como un principio de Alzheimer, me perdía...” (Carola); “Yo toda la vida sufrí de la columna [...] Hay veces que puedo estar toda la tarde cosiendo y ya, cuando llega la noche, no puedo ni mover el cuello [...]. También sufro mucho de dolor de cabeza” (Telma). Rita expresa tener gastritis hace 15 años. En general no se detectan problemas de insomnio y muy pocas indican que toman medicación.

Las mujeres de niveles medio-bajos detectan en su propio cuerpo el efecto que produce el esfuerzo de cuidar a alguien: “No, bueno..., a veces la cintura que nunca me había dolido... o esos dolores por levantar a mi mamá” (Clelia). A su vez, registran cómo las afectó psicológicamente el deterioro de su familiar: conceptos como “dolor del alma”, “angustia y nervios” se repiten en sus relatos como síntomas claros de estrés residual.

Las entrevistadas tienen conciencia de experimentar trastornos en la alimentación y de mantener una deuda con el ejercicio físico al que asocian en forma directa con la salud, desconociendo sus aspectos recreativos. Así, por ejemplo, Elsa, que pasa ocho horas trabajando en la cocina para aumentar los ingresos del grupo familiar, cuenta: “[El doctor] me mandó a caminar... porque tengo colesterol alto y no camino; [...] estoy bastante pesada y gorda”. Por su gastritis, Rita debe “... cuidar las comidas... no comer ácidos, no comer mucha harina... Pero como muy mal; no te como lácteos ni frutas, no te como verduras...” Estas mujeres también parecen propensas a canalizar ansiedades por medio de la comida: “... que me dé una panzadita, ¿viste?, que me gusta la crema, entonces al otro día es un ataque de cabeza pero mal...” confiesa Telma; y Mercedes manifestó que “engordó” desde que cuida a su madre, no hace dieta y admite “... si no ceno, si no como, duermo bien”.

La mayoría no realiza actividad física ni tareas recreativas o terapéuticas. Solo Rita reconoce algo de placer cuando camina: “Me gusta caminar... es el único ejercicio que hago, porque me relaja también: si estoy nerviosa camino y me hace bien”; y Fabiana juega al fútbol una hora por semana y es vegetariana.

Todas las mujeres entrevistadas de niveles medios manifiestan haber realizado durante el último año y medio antes de la entrevista un chequeo preventivo, ginecológico y clínico; como sintetiza Patricia: “Me preocupo, hago más que preocuparme [...] voy a los médicos... me hago controles periódicos”. Es una práctica incorporada a lo largo de la vida, probablemente por el alto nivel educativo, a lo que se suma, en más de la mitad de los casos, el haber superado los cincuenta años: “Voy una vez por año o dos para ver mi estado general, por rutina” (Noemí). En el grupo de las mayores también es habitual el consumo

de medicamentos que regulan el colesterol, la tensión arterial, el calcio y el hipotiroidismo; colateralmente, hacen dieta “baja en hidratos y grasas animales” o “comen sano”.

En las palabras de Laura se advierte que los preceptos del cuidado de la propia salud están asentados con solidez entre estas cuidadoras y que los mantienen y aplican al aceptar el nuevo rol que les toca desempeñar: “Lo más importante que tiene que saber una persona que va a cuidar a otra es que primero se tiene que cuidar a sí misma y cómo cuidarse; mi caso es atender la salud, respetando lo que uno necesita en cuanto a su buena alimentación, el buen descanso y a su salud no solo física, sino también emocional y mental”. La mitad de las mujeres que cuidan recibe o ha recibido asistencia psicológica, práctica que también integraron en alguna etapa anterior de su trayectoria vital: “Y la salud mental; tengo, no sé, arriba de treinta años de terapia, viste, entonces, está buena” (Noemí). “Yo iba antes con la misma que voy ahora” (Marité). “Me atiendo [risas], hago terapia individual y grupal; siempre hay alguna cuestión que sanear” (Laura).

La mayoría realiza alguna actividad física a la cual dedica por lo menos una hora semanal, desde sencillas caminatas hasta pilates, yoga, eutonía, baile o algún deporte. Algunas, como Elvira, lo hacen más intensamente: “Caminatas, casi todos los días; voy a pilates y ahora estoy en un curso de stretching [...] estuve haciendo yoga...”; y otras, si están muy ocupadas en sus trabajos, aprovechan momentos: “Lo que estaba haciendo es caminata, me volvía caminando de la oficina, que es media hora” (Laura). Se valora la actividad física como uno de los factores que contribuye a mantener el bienestar personal: “Trato una vez por semana de hacer una horita, aunque más no sea de baile o algo para desenchufarme un poco la mente” (Celia). Patricia expresa que su abandono de la gimnasia

coincide con una demanda de mayor atención hacia su madre y reconoce una deuda consigo misma: “Ahora no, hice mucho tiempo psicoterapia y hacía gimnasia, pero ya no, no tengo más ganas, no hago nada para mí”.

Estas mujeres evalúan su estado físico y mental en términos de muy bueno y bueno; para justificar estas calificaciones, algunas apelan a lo que consideran evidente, como Elvira: “[...] porque me siento bien”, y otras argumentan: “Porque no tengo ninguna complicación, ni ninguna enfermedad crónica” (Carmen); “No tengo nada, gracias a Dios, porque veo que tengo buen discernimiento” (Celia).

Si bien ninguna de las entrevistadas de sectores medios piensa que su salud se haya deteriorado como consecuencia de la asistencia que brindan a otra persona, aparecen indicios de ciertos efectos que pudieran atribuirse a esta tarea independientemente de la estrategia de cuidado que hayan elegido. Por ejemplo, Laura, cuyo padre está en un geriátrico, relata: “Las subas de colesterol siempre coinciden con momentos de tensión con mi papá”. Noemí, que sufre de insomnio desde hace mucho tiempo, supone: “A lo mejor se incrementa lo que nosotros los psicólogos decimos el ‘rumiar las ideas’, ¿no? En estas horas de insomnio estás con la máquina, ¿viste?”; y Carmen, corrobora: “Creo que duermo poco. Te digo que me acuesto y me cuesta levantarme”. Marité, una de las más jóvenes del grupo de entrevistadas, admite sin reservas que la enfermedad de su madre la hizo sentirse “más deprimida y nerviosa”.

Si bien no se han advertido deterioros serios en su salud, se asoman ciertos síntomas de sobrecarga subjetiva y de estresores secundarios, que se definen como la percepción emocional de las consecuencias de cuidar a otros (García-Calvente, Mateo-Rodríguez y Maroto-Navarro, 2004, p. 87).

Consideraciones finales

La reseña de los resultados del presente estudio intenta resaltar algunos aspectos relativos a las diferencias encontradas entre mujeres cuidadoras de niveles socioeconómicos medio-bajos y medios, subrayando los conflictos y solidaridades familiares que se suscitan a partir de las necesidades de apoyo a las personas enfermas o con capacidades limitadas.

En las familias, las distintas generaciones interactúan y establecen un tipo de relaciones sociales que comportan un intercambio de servicios, de afecto y de bienes. Estas relaciones están marcadas por la responsabilidad y la obligación, por sentimientos de amor y afecto, y atravesadas por la negociación y el conflicto. La solidaridad familiar se construye a través de una mezcla de derechos y de deberes y de coacciones formales e informales que se concretan en el intercambio recíproco de servicios, bienes y sentimientos (Gomila, 2005, p. 508; Martins, 2006b, p. 2).

De las familias también debe surgir quién será la persona que cuide a los miembros que necesitan atención cuando están afectados por enfermedad, por discapacidad o por las limitaciones que impone el envejecimiento. Este punto parece concitar acuerdo entre las entrevistadas de sectores medios y medio-bajos; la protección se extiende a aquellos con los cuales puede no existir un vínculo de sangre pero sí de afecto, basado muchas veces en que las personas a cuidar brindaron, en su momento, amparo y seguridad a las cuidadoras o sus familias.

La familia, sin embargo, no es un todo indiscriminado que asume la tarea de asistencia: el papel recae en las mujeres y, entre ellas, en las que no tienen pareja. Este tipo de selección de cuidadoras es más evidente en las respuestas de las entrevistadas de los sectores medio-bajos entre las cuales la permanencia –y convivencia intergeneracional–

se debe, en la mayoría de los casos, a la falta de recursos económicos para sostenerse con autonomía. Los procesos por los cuales las mujeres cuidadoras se quedaron a vivir con el familiar dependiente se vinculan con las “no-decisiones”, las “decisiones pasivas” y las “unilaterales”, algo que se fue dando sobre la marcha (Fisher, 2000, p. 307).

Se advierten sutiles diferencias en las respuestas de las entrevistadas según su estrato social al momento de evaluar las redes sociales en las que están insertas como cuidadoras principales o secundarias: para las mujeres de nivel bajo, la familia –extensa y próxima geográficamente– representa un apoyo incondicional y, aunque contribuyen con ayudas puntuales, ellas sienten que sus miembros están presentes; en las cuidadoras de estratos medios, no se percibe que el sostén de sus familias –de por sí menos numerosas– sea fundamental –hermanos, hijos o nietos solo aparecen en su relato para aspectos recreativos o ante una emergencia.

Independientemente de su nivel socioeconómico, las cuidadoras comparten valores y un común rechazo a institucionalizar a sus parientes en geriátricos, aunque hay que destacar que, mientras que los recursos económicos de las de sectores medios les permiten una estrategia de asistencia mediatizada por cuidadoras remuneradas, las de sectores medio-bajos ponen “el cuerpo hasta que aguante” y, de extremarse el caso, optarían también por recurrir a otra cuidadora paga.

La trayectoria laboral de las cuidadoras de niveles socioeconómicos medio-bajos –que en la mayor parte de su vida han contribuido al sostenimiento económico del núcleo familiar– está relacionada con el ámbito privado, sea porque se desempeñan en actividades asociadas al mismo –cocinan o cosen y lo hacen en su casa– o porque trabajan como empleadas domésticas en hogares que, a veces, también incluyen la atención a ancianos.

Las mujeres de sectores medios, en cambio, tienen empleos afines a su profesión, desligados de lo que constituye el “hogar” o el plano doméstico en sentido de género, y es habitual que se manejen en el ámbito público, en el “afuera”.

Las mujeres de sectores medio-bajos utilizan a fondo los recursos afectivos, los de índole moral y espiritual para sobrellevar las tareas del cuidado. Las de sectores medios comparten el imperativo moral y social que las pone en el lugar de cuidadoras principales, pero alivian la carga recurriendo a otras mujeres –más desfavorecidas económicamente– para solventar el cuidado personal que demanda más esfuerzo y más tiempo. En ese sentido, pareciera que se reproducen patrones de desigualdad tanto de género –el cuidado es siempre femenino– como económico-social, ya que las mujeres y familias de niveles medios utilizan los servicios de otras mujeres con menor calificación educacional y laboral para ejercer las tareas más pesadas. El eje que marca contrastes gira en torno al manejo de los recursos materiales, con la oferta y consumo de bienes y servicios para el cuidado de familiares, ya que la modalidad de contar con cuidadoras pagas se encuentra mucho más extendida entre las mujeres que pertenecen a las capas medias.

La diferencia más notoria entre las mujeres cuidadoras de sectores medio-bajos y medios se observa en el cuidado que dedican a sí mismas. Era presumible pensar que los que cuidan la salud de otro descuiden la propia por la demanda emocional y de tiempo que implica hacerse cargo del estado de un familiar enfermo o limitado por la edad avanzada. Sin embargo, las cuidadoras de sectores medios –probablemente por su mayor nivel educativo y de condiciones de vida– mantienen la regularidad de sus controles preventivos, practican actividades físicas, siguen una dieta saludable y están atentas a su salud mental. Se trata de comportamientos

adoptados en la juventud que, en general, no se alteran al asumir la tarea del cuidado de otro. Además, estas mujeres están convencidas de que salvaguardar su bienestar redundará en favor de sus asistidos.

En las mujeres de sectores medio-bajos, en cambio, los indicios de cuidado de la salud y de comportamientos preventivos apenas se esbozan entre las más jóvenes; las de mayor edad solo cuidan de sí mismas cuando el estado de su salud pone en riesgo su trabajo de asistencia. Consultan al médico ante la urgencia, canalizan ansiedades mediante la comida y no hacen actividades físicas; posponen sus necesidades frente a las de otros familiares que requieren atención inmediata y no valoran prácticas para su beneficio personal porque implican restar tiempo a sus deberes; solo se permiten faltar a sus obligaciones cuando lo crítico de su estado de salud amenaza su rol de cuidadoras.

Esta indagación permitió observar, al menos en los sectores medios, una situación novedosa entre dos generaciones que es producto del alcance actual de la longevidad: la “tercera edad” está cuidando a la “cuarta”. Así lo ejemplifica una entrevistada: “Mis nietitos tienen bisabuelas”, haciendo notar que ni ella ni sus hijos vivieron algo parecido. En este escenario inédito, revela como transcurren sus días: “Camino, cuido a mis nietos, atiendo a mi mamá, salimos mucho; mi marido dice que hay que aprovechar y hacer las cosas ahora porque nos sentimos bien, porque, si no lo hacemos ahora, ¿cuándo lo vamos a hacer?”. La perspectiva vital ha cambiado y estas abuelas que cuidan a sus mayores tienen presente el horizonte que les marca su propia edad.

Para concluir, debemos señalar cuán importante sería que en la Argentina el servicio de cuidado ocupara un lugar más significativo en la agenda

pública contemplando las demandas de la población afectada. El desafío consiste en implementar una política pública de cuidados integral para la protección de los derechos de los adultos mayores dependientes, de sus familiares (sobre todo de las mujeres) y de los cuidadores remunerados.

Bibliografía

Albala, C., M. Lebrão, E. León Díaz, R. Ham-Chande, A. Hennis, A. Palloni, M. Peláez y O. Pratts (2005), “Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE): metodología de la encuesta y perfil de la población estudiada”, en *Revista Panamericana de Salud Pública*, vol. 17, núm. 5-6, Washington DC, Organización Panamericana de la Salud, pp. 307-322.

Bazo, M. T. e I. Ancizu (2004), “El papel de la familia y los servicios en el mantenimiento de la autonomía de las personas mayores: una perspectiva internacional comparada”, en *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, núm. 105, Madrid, Centro de Investigaciones Sociológicas, pp. 43-77.

Beck, U. (2006), *La sociedad de riesgo. Hacia una nueva modernidad*, Barcelona, Paidós.

Borgeaud-Garciandía, N. (2012), “La cuidadora domiciliaria de ancianos: de la poca visibilidad de su desempeño laboral”, en *Trabajo y Sociedad*, núm. 12, Santiago del Estero, Universidad Nacional de Santiago del Estero, Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales, Instituto de Estudios para el Desarrollo Social (INDES), pp. 321-344.

Carrasquer, P., T. Tornés, E. Tejero y A. Romero (1998), “El trabajo reproductivo”, en *Papers*, núm. 55, Barcelona, Instituto de Estudios Regionales y Metropolitanos, pp. 95-114.

- Delicado Useros, M. V. (2003), *Familia y cuidados de salud. Calidad de vida en cuidadores y repercusiones socio-familiares de la dependencia*, tesis doctoral presentada en Universidad de Alicante, España. Disponible en <<http://rua.ua.es/dspace/handle/10045/3410>>. Fecha de acceso: 10 de agosto 2010.
- Durán Heras, M. A. (2002), *Los costes invisibles de la enfermedad*, Bilbao, Fundación BBVA.
- Esping-Andersen, G. (1993), *Los tres mundos del Estado del Bienestar*, Valencia, Alfons el Magnanim.
- Findling, L., L. Champalbert, M. P. Lehner y E. Cirino (2013), “Las demandas hacia las instituciones previsionales y sanitarias: una mirada desde las mujeres que cuidan a familiares dependientes en el Área Metropolitana de Buenos Aires”, ponencia en A. Daroqui (comp.), *X Jornadas de Sociología: “Veinte años de pensar y repensar la sociología: nuevos desafíos académicos, científicos y políticos para el siglo XXI”*, Buenos Aires, Carrera de Sociología, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, 1 al 6 de julio de 2013. [En CD ROM].
- Findling, L., M. Ponce, M. P. Lehner y M. P. Venturiello (2012), “Las redes del cuidado: lógicas e itinerarios de las mujeres que cuidan a familiares en la Ciudad de Buenos Aires”, en R. Pinheiro, R. Silveira, J. Lofego y A. Gomes da Silva Junior (orgs.), *Integralidade sem fronteiras: itinerários de justiça, formativos e de gestão na busca por cuidado*, Rio de Janeiro, CEPESC/IMS/UERJ/ ABRASCO.
- Fisher, K. (2000), “Uncertain Aims and Tacit Negotiation: Birth Control Practices in Britain, 1925-50”, en *Population and Development Review*, núm. 26 (2), Nueva York, Population, Council, pp. 295-317.
- Flaquer, L. (2002), “Introducción”, en L. Flaquer (ed.), *Políticas Familiares en la Unión Europea*, Barcelona, Institut de Ciències Polítiques i Socials.
- García-Calvente, M. d. M., I. Mateo-Rodríguez y G. Maroto-Navarro (2004), “El impacto de cuidar en la salud y la calidad de vida de las mujeres”, en *Gaceta Sanitaria*, vol. 18, Barcelona, Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria, pp. 83-92.
- Gomila, M. A. (2005), “Las relaciones intergeneracionales en el marco de la familia contemporánea: cambios y continuidades en transición hacia una nueva concepción de la familia”, en *Historia contemporánea*, núm. 31, Bilbao, Servicio Editorial de la Universidad del País Vasco. Disponible en <http://www.historiacontemporanea.ehu.es/s0021-con/es/contenidos/boletin_revista/00021_revista_hc31/es_revista/adjuntos/31_06.pdf>. Fecha de acceso: 15 de agosto de 2013.
- Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC) (2009), *Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2009*, Buenos Aires, INDEC, Documento para la utilización de la base de datos usuario. Disponible en <http://www.indec.mecon.ar/eah/doc_base_usuario_enfr2009.pdf>.
- Julve Negro, M. (2006), “Dependencia y cuidado: implicaciones y repercusiones en la mujer cuidadora”, en *Revista Acciones e Investigaciones Sociales*, año 1, núm. 22 (extra), Disponible en <http://www.unizar.es/centros/eues/html/archivos/temporales/Extra_Ais/Dependencia/Comunicaciones/JulveNegro.pdf>. Fecha de acceso: 8 de septiembre de 2011.

López, E., L. Findling, M. P. Lehner, M. Ponce, M. P. Venturiello y L. Champalbert (2012), “Quereres y deberes: ¿cómo cuidan las mujeres su salud y la de su familia?”, en A. L. Kornblit, A. C. Camarotti y G. Wald (comps.), *Salud, sociedad y derechos. Investigaciones y debates interdisciplinarios*, Buenos Aires, Editorial Teseo.

Martín Palomo, M. T. (2009), “El *care*, un debate abierto: de las políticas del tiempo al *social care*”, en *Cuestiones de género: de la igualdad y la diferencia*, núm. 4, León (España), Seminario Interdisciplinar de Estudios de las Mujeres, Universidad de León, Servicio de Publicaciones. Disponible en <http://e-archivo.uc3m.es/bitstream/handle/10016/14992/debate_martin_CG_2009.pdf?sequence=1>. Fecha de acceso: 15 de agosto de 2013.

Martins, P. H. (2006a), “Ação pública, redes e arranjos familiares”, en B. Fontes y P. H. Martins (orgs.), *Redes, práticas associativas e gestão pública*, Recife, Ed. Universitária/UFPE.

————— (2006b), *Polifonia do Dom: A sociologia de Marcel Mauss: dádiva, simbolismo e associação*, Recife. Ed. Universitária/UFPE.

Razavi, S. (2007), *The political and social economy of care in the development context. Conceptual issues, research questions and policy options*, Gender and Development Programme, Geneva, UNRISD, Paper N°1. Disponible en <[http://www.unrisd.org/80256B3C005BCCF9/\(httpAuxPages\)/2DBE6A93350A7783C12573240036D5A0/\\$file/Razavi-paper.pdf](http://www.unrisd.org/80256B3C005BCCF9/(httpAuxPages)/2DBE6A93350A7783C12573240036D5A0/$file/Razavi-paper.pdf)>. Fecha de acceso: 8 de septiembre de 2011.

Rohlf, I., C. Borrell y M. d. C. Fonseca (2000), “Género, desigualdades y salud pública: conocimientos y desconocimientos”, en *Gaceta Sanitaria*, núm. 14 (supl. 3), Barcelona, Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria, pp. 60-71.

Roussel, L. (1995), “La solidaridad intergeneracional: ensayo de perspectivas”, en *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 846 (70), Madrid, Centro de Investigaciones Sociológicas, pp. 11-24.

Salazar Parreñas, R. (2001), *Servants of Globalization Women, Migration, and Domestic Work*, Stanford, Stanford University Press.

Segalen, M. (2006), *Sociologie de la famille*, París, Armand Colin.

Fecha de recepción: 09 de octubre de 2013

Fecha de aceptación: 28 de marzo de 2014

Anexo

Tabla 1

Matriz de datos de las entrevistadas

Nombre	Edad de la cuidadora	Edad y sexo de la persona que cuida	Parentesco con la persona que cuida	Nivel de educación	Cobertura de salud de las entrevistadas	Nivel socioeconómico	Cobertura de salud de la persona que cuida
Ana María	74	98 F	hija	UC	PAMI	Medio-medio	PAMI
Carmen	66	91 F	hija	UC	UPCN	Medio-medio	PAMI
Carola	74	74 M	esposo	SI	PAMI	Medio-bajo	PAMI
Celia	59	80 F	hija (adoptiva)	SC	OSECAC	Medio-medio	MEDICUS - PAMI
Clarisa	43	91 F	sin parentesco	SC	OSPACP	Medio-bajo	PAMI
Clelia	50	77 F	hija	SC	APRES	Medio-bajo	IOAMA
Élida	57	87 F	hija	PC	No posee	Medio-bajo	IOAMA
Elvira	66	90 F	hija	UC	OSDE	Medio-medio	PAMI
Ester	70	75 F	hermana	UC	UPCN	Medio-medio	PAMI
Fabiana	35	96 M	sobrina nieta	UI	ACCORD SALUD	Medio-bajo	PAMI
Gloria	50	88 F	hija	UC	UPCN	Medio-medio	PAMI
Graciela	37	62 F	hija	SI	OSECAC	Medio-bajo	PROFE
Laura	56	90 M	hija	U	Banco provincia	Medio-medio	PAMI
Marité	34	63 F	hija	UC	OSDE	Medio-medio	OSDE
Mercedes	39	83 F	hija	PC	No posee	Medio-bajo	PAMI
Noemí	65	96 F	hija	UC	OBSBA Y -DOSUBA	Medio-medio	PAMI
Patricia	48	79 F	hija	SC	OMINT	Medio-medio	PAMI
Rita	45	79 F	hija	SC	OSPACP	Medio-bajo	PAMI
Telma	65	35 F	madre	PC	PAMI	Medio-bajo	PROFE

Referencias: F: Femenino / M: Masculino / UC: Universitario completo / UI: Universitario incompleto / SC: Secundario completo / SI: Secundario incompleto / PC: Primario completo.

Fuente: Elaboración propia.